

PERAN KOMITE KESEHATAN PROVINSI/JHC SEBAGAI UPAYA PEMBERDAYAAN MASYARAKAT DALAM PEMBANGUNAN KESEHATAN

Ninieck Lely Pratiwi, Umi Muzakkiroh*

ABSTRACT

This research analyzed the role of Joint Health Council in efforts to Health building in community of empowering. This was an crossectional study, research using qualitative and quantitative data. It was conducted in three provinces: Lampung, Bali, and west Java in which each Province two districts were selected with criteria of representative pilot project of PHPI, PHPH and DHSI. Results showed that the roles and performance of Joint Health Council mean is a very lower to expectance, the socialization 33.3% respondent, to advocate 16.7–33.3%. Mean for grand meeting ones per years old for JHC West Java and JHC Lampung. Since tahun 2002 until th 2005 a launching JHC Bali, grand meeting one/years old. The function to watch, to serve, and to advocate was the lower in health building capacity. The commitment is lower for JHC member's in the present discussion or grand meeting with level for present member's was 30–40%. The lower to understanding for jobs descriptions to JHC member's, not yet steering committee in consist and fixed. The organizations JHC considered these member's performance: commitment, present for meeting and managerial system by transparency, public of accountable, and monitoring evaluations activity. Based on suggested of member's: proffessionalitas, person of birocration 10%, Maximal optimation on roles and the allocation of budget by effective and efficient with value investation sytems a long time, accountable and transparancy.

Key words: community of organization, Joint Health Council, community of empowering

PENDAHULUAN

Pemerintah daerah dan aparatnya, institusi kesehatan pemerintah maupun non pemerintah, institusi legislatif, komunitas dan organisasi kemasyarakatan yang berkaitan dengan kesehatan diharapkan dapat bekerjasama menyumbangkan kemampuannya untuk mendorong desentralisasi kesehatan. Desentralisasi kesehatan menjadi landasan pembangunan kesehatan daerah menuju perbaikan tingkat kesehatan masyarakat sesuai dengan cita-cita kesehatan penduduk dunia.

Sebagai bentuk keterlibatan masyarakat dan instansi lintas sektor dalam pembangunan kesehatan, perlu dibentuknya lembaga seperti "forum kesehatan provinsi atau *Joint Health Council* (JHC). Keanggotaan JHC bisa terdiri dari tokoh masyarakat, LSM, kalangan swasta, DPRD, dan instansi pemerintah (Dinas Kesehatan, instansi lintas sektor). Menurut Ascobat Gani (DepKes RI, 2003), JHC dapat melakukan pertemuan secara berkala, turut terlibat dalam

menyusun rencana strategis kesehatan daerah dan memantau akuntabilitas pelaksanaan pembangunan kesehatan daerah.

Untuk mengoptimalkan pencapaian tujuan pembangunan kesehatan, diperlukan kerjasama lintas sektor yang mantap, menuntut adanya penggalangan kemitraan lintas sektor dan segenap potensi bangsa. Kebijakan dan pelaksanaan pembangunan sektor lain perlu memperhatikan dampak dan mendukung keberhasilan pembangunan kesehatan. Untuk itu upaya sosialisasi masalah dan upaya pembangunan kesehatan sektor lain perlu dilakukan secara intensif dan berkesinambungan. Kerjasama lintas sektor harus dilakukan sejak perencanaan dan penganggaran, pelaksanaan dan pengendalian, sampai pada pengawasan dan penilaiannya (DepKes RI, 2003).

Berdasarkan Kep.Menkes RI No. 004/Menkes/SK/2003 tentang kebijakan dan strategi desentralisasi bidang kesehatan, di setiap daerah diharapkan dapat membentuk *Joint Health Council* (JHC)

* Puslitbang Sistem dan Kebijakan Kesehatan, Jln. Indrapura 17 Surabaya, Telp (031) 352874, E-mail: ninieckpratiwi@yahoo.com

di tingkat provinsi dan *District Health Committee* (DHC) di tingkat kabupaten/kota. Pembentukan JHC dimaksudkan untuk membangun komitmen Pemda, legislatif masyarakat dan stakeholder lain dalam kesinambungan pembangunan kesehatan di daerah (DepKes RI, 2003).

JHC baru terbentuk pada tahun 2003 di beberapa daerah yang mendapat proyek PHPI I, II dan WHS. Hasil dari report MTR DHS-1 tahun 2003 dikatakan bahwa JHC yang telah terbentuk fungsi dari asistensi dan kegiatan supervisi yang sangat terbatas kurang optimal. Untuk sektor kesehatan sendiri dalam era desentralisasi beberapa kabupaten/kota masih mencoba mencari esensi dan format yang pas. Demikian pula berkembang model pelayanan kesehatan untuk daerah miskin. Dari laporan sementara penelitian tentang "*District Health Advocacy*" yang dilakukan oleh Unit Desentralisasi Departemen Kesehatan, di enam provinsi dan dua belas kabupaten/kota menunjukkan bahwa di Yogyakarta lembaga Joint Health Council sudah melakukan fungsi advokasi demikian pula dengan DHC di Kabupaten Kulon Progo (Broto Wasisto, dkk, 2003).

Secara konseptual, ada beberapa tulisan yang membahas hal terkait dengan Komite Kesehatan Provinsi. Dengan dasar pemikiran bahwa banyak masalah kesehatan bersifat lintas wilayah dan untuk menjamin adanya kerja sama antara daerah yang dijiwai dengan semangat solidaritas sosial, Ascobat Gani (2001) menggagas adanya forum di tingkat provinsi yang disebutnya sebagai Dewan Kesehatan Bersama atau Joint Health Council. Lebih lanjut, JHC ini dijelaskan sebagai berikut:

- Anggota JHC terdiri dari beberapa wakil Daerah, Gubernur, Dinas kesehatan Provinsi dan juga kelompok profesional serta LSM.
- Karena anggotanya adalah orang yang mempunyai jabatan maka JHC perlu mendapat dukungan dari staf teknik.
- Bertugas merumuskan kebijaksanaan dan program kesehatan daerah
- JHC menjamin proses perumusan kebijaksanaan secara demokratis, dengan menyerap aspirasi daerah dan mengakomodir kebijaksanaan nasional.

Price Waterhouse Coopers, menyatakan bahwa dalam melaksanakan desentralisasi di bidang kesehatan perlu dibentuk Dewan Kesehatan dan

Kesejahteraan Sosial Nasional/Daerah. Dalam pandangan *Price Waterhouse Coopers* (Interim report, 2003) Dewan Kesehatan ini adalah:

- Merupakan badan perwakilan masyarakat di tingkat nasional dan daerah.
- Menjadi sarana interaksi dan pengambilan keputusan dari stakeholder di bidang kesehatan.
- Anggotanya terdiri dari unsur pemerintah, akademisi, profesi, LSM, partai politik dan lainnya.

Fasilitasi pengembangan dan pemberdayaan JHC di antaranya adalah sebagai koordinasi kegiatan yang sifatnya lintas kabupaten/kota. JHC beranggotakan segenap komponen di provinsi yang memiliki kepedulian yang tinggi terhadap berbagai masalah kesehatan. JHC ini terdiri dari berbagai pihak, seperti jajaran pemerintah daerah, organisasi profesi, lembaga pendidikan tinggi, Bupati/Walikota di wilayah provinsi yang bersangkutan, dan lembaga swadaya masyarakat (LSM). Pada daerah proyek PHPI seperti DI Yogyakarta dan Provinsi Lampung serta beberapa provinsi DHSI, telah terbentuk badan serupa JHC ini yang telah diimplementasikan konsepnya. Di Yogyakarta dan Lampung keberadaan JHC telah dikukuhkan dengan SK Gubernur.

Agar diperoleh kesamaan persepsi tentang JHC dan dengan berdasarkan apa yang telah dikemukakan di atas maka secara konseptual Komite Kesehatan Provinsi atau *Joint Health Council* (JHC) dalam tulisan ini didefinisikan sebagai:

Lembaga independen yang bertugas memberi masukan kepada Gubernur tentang kebijaksanaan dan pelaksanaan pembangunan kesehatan daerah, berlandaskan pada prinsip-prinsip demokrasi dan kemitraan, anggotanya terdiri dari wakil pemerintah provinsi dan kabupaten/kota, akademisi, profesi, LSM, masyarakat dan organisasi/lembaga peduli kesehatan lainnya.

Penulisan ini dimaksudkan untuk mengkaji sejauh mana peran JHC dalam pembangunan kesehatan yang telah terbentuk di beberapa provinsi, khususnya dalam menggali potensi daerah sebagai upaya pemberdayaan masyarakat di bidang kesehatan.

METODE

Penelitian ini merupakan penelitian: *cross sectional study*.

Adapun lokasi penelitian: Provinsi Lampung, Jawa Barat, dan Bali.

Populasi dan Sampel:

- PHPI, secara purposif diambil Provinsi Lampung: Majelis Kesehatan Provinsi/MKP Lampung
- PHPII, secara purposif diambil Provinsi Jabar: Dewan Kerja sama Kesehatan Provinsi Jabar
- DHSI, secara purposif diambil Provinsi Bali: Dewan Pertimbangan Provinsi Bali.

Cara pemilihan dan estimasi sampel:

- Pertimbangan strata kinerja kelembagaan JHC baik dan kurang
- Estimasi berdasarkan rumus besar sampel $n = 26,6$ responden.

Besar sampel berdasarkan design penelitian *crosssectional* menurut, Kuntoro, 1996:

$$n = \frac{N Z^2 \alpha p.q}{d^2 (N - 1) + Z^2 \alpha p.q}$$

- N = Jumlah Keanggotaan JHC, DHC yang ada di seluruh Indonesia
- P = Estimator Proporsi Keanggotaan JHC, DHC dengan kinerja baik, 0,64%
- Q = $1 - p$
- D = penyimpangan yang diijinkan menurut Zainuddin 1996: 1–10%
- $Z^2 \alpha$ = Harga kurva normal = 1,96 pada $\alpha = 0,05$
= 26,6 (masing-masing keanggotaan JHC, DHC)

Cara pengumpulan data: FGD, wawancara mendalam dan penelusuran data sekunder
Analisis data: Deskriptif

HASIL

Beberapa hasil dari data primer yang telah dilakukan baik melalui wawancara mendalam maupun dengan Diskusi kelompok terarah atau *focus group discussion* dapat dilihat pada beberapa tabel di berikut.

Dari tabel di atas tampak bahwa belum banyak kegiatan yang seharusnya dilakukan oleh JHC di

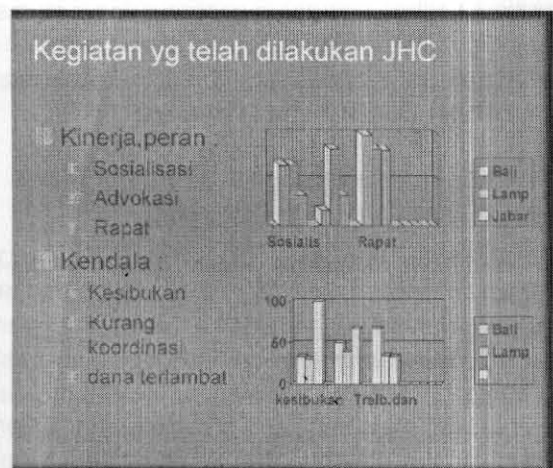
Tabel 1. Kegiatan JHC yang Telah Dilakukan Tahun 2005

Data inputs kelembagaan JHC :					
JHC	R. rt	Rp. adv	Rp. TRT	R. pln	Ket th 04-05
Bali	1x	1x	1x	2x	
Lmp	2x	2x	2x	2x	
Jabar	2x	2x	1x	2x	

provinsi Bali, baik rapat rutin, rapat oleh tim teknik review maupun rapat pleno. Pembentukan Dewan pertimbangan kesehatan provinsi juga dibentuk untuk reformasi sistem kebijakan dan penganggaran kesehatan di provinsi Bali. Namun dalam pelaksanaannya rapat pleno baru dua kali dilakukan, yang pertama pada tahun 2002 dengan topik bahasan peran serta puskesmas dalam peningkatan biaya untuk posyandu dalam rangka penyusunan lakip.

JHC di Provinsi Jawa barat Beberapa kegiatan yang telah dilakukan sejak berdirinya Dewan kerja sama kesehatan provinsi yang tercatat baru mulai bulan April 2004. Pada bulan Agustus 2004 juga ada rapat rutin yang membahas perubahan susunan organisasi. Rapat rutin juga dilakukan pada bulan Oktober 2004 bersama tim kajian teknis kesehatan dengan membahas pagu tahun 2005, menginventarisasi isu masalah kesehatan lintas batas kabupaten/kota untuk disampaikan dalam sidang pleno besar, bahasan juga tentang *Master Plan* (MP) dan proposal DFA 19 kabupaten/kota untuk bahan pertemuan sidang pleno besar. Rapat Pleno pada bulan Oktober 2004 dengan acara pembahasan MP dan proposal, target DFA 19 kabupaten/kota. Rapat rutin Tim advokasi pada bulan Oktober 2004 membahas kesepakatan langkah operasional JHC untuk periode November s/d Desember 2004. Kegiatan rapat rutin Tim advokasi pada bulan Mei 2005 membahas tentang adanya pihak LSM, swasta yang bersedia ikut serta dalam pengembangan kesehatan, JHC sebagai mediator dengan sinergisme semua kegiatan.

Tabel 2. Kinerja, Peran JHC serta Kendala Anggota, Tahun 2005



Kegiatan sosialisasi tentang tugas pokok JHC dan keberadaannya di Provinsi Bali baru dilakukan oleh 66,7% anggota dewan pertimbangan kesehatan provinsi, kegiatan advokasi baru dilakukan oleh 16,7% anggota dan yang melakukan sekretaris proyek DHS1. Kegiatan rapat pada umumnya telah dilakukan oleh semua anggota dalam memberi masukan proposal yang diajukan masing-masing kabupaten, namun untuk rapat pleno baru dilakukan dua kali sejak JHC berdiri sampai tahun 2005. Pencapaian target kegiatan sosialisasi, rapat masih mencapai di bawah 50%. Untuk itu perlu komitmen dan konsistensi dari semua anggota.

Permasalahan belum optimalnya kinerja Dewan pertimbangan kesehatan provinsi (JHC di Provinsi Jabar) dikarenakan kurang koordinasi, sosialisasi tupoksi, dan adanya keterlambatan turunnya dana, kurang koordinasi dan karena kesibukan.

Dari gambaran informasi yang dikumpulkan bahwa tupoksi anggota belum dapat dilaksanakan secara optimal karena: komitmen dan kesadaran anggota terhadap tupoksi MKK (JHC di Lampung) rendah. Faktor lain yang kemungkinan memicu kurang keaktifan anggota MKK, karena kurang jelasnya tupoksi yang harus dikerjakan sebagai anggota MKK.

Selanjutnya untuk kelangsungan MKK ke masa depan dipertahankan atau ditiadakan karena sebagian anggota berpendapat bahwa MKK kemungkinan kurang diperlukan, karena perencanaan yang diajukan MKK dapat overlapping dengan usulan rencana dalam "Musyawarah Rencana Pembangunan Tingkat

Tabel 3. Hasil Pemetaan FGD atau Diskusi Kelompok Terarah JHC, Tahun 2005

Hasil FGD					
JHC	Mereview Propsi pembiayaan Pemprov	Masalah lintas batas kab	Adv. ke pempro agar pinjam dana	Mengoptimalkan fungsi Dinkes	Kendala: komitmen anggota rendah Belum mengenal fungsi
Bali	V	V	-	V	V
Lamp	V	-	V	V	V
Jabar	V	V	V	V	V

Desa" yang anggotanya terdiri dari tokoh masyarakat, Lembaga Pembangunan Masyarakat, Sektor-Sektor lain.

PEMBAHASAN

JHC dari sumber Pembiayaan DHSI (Provinsi Bali)

Pembentukan Dewan pertimbangan kesehatan provinsi juga dibentuk untuk reformasi sistem kebijakan dan penganggaran kesehatan di Provinsi Bali. Namun dalam pelaksanaannya rapat pleno baru kedua kali dilakukan, yang pertama pada tahun 2002 dengan topik bahasan peran serta puskesmas dalam peningkatan biaya untuk posyandu dalam rangka penyusunan lakip. Untuk itu perlu peningkatan komitmen bagi para *leading sector* untuk melaksanakan pertemuan sesuai perencanaan yang telah dibuat. Pentingnya komitmen bagi para *leading sector* sebagai bentuk perwujudan rasa kepedulian untuk mengatasi permasalahan kesehatan yang bersifat lintas kabupaten. Mengingat saat ini banyak kejadian permasalahan kesehatan di masyarakat seperti busung lapar, wabah demam berdarah dengue, polio yang setiap saat bisa mengancam masyarakat bila tidak diwaspadai sedini mungkin.

Komitmen menurut Vikram dalam Kartini, Kartono, 1996 dapat dilihat dari dua aspek yaitu, attitudinal atau *affective commitment* (keterikatan

afektif) dan *Continuance commitment* atau keterikatan berkelanjutan. Keterikatan afektif merupakan keterikatan emosional yang kuat dengan organisasi, tidak hanya akan tetap bekerja di organisasi tersebut, tapi juga akan berupaya keras untuk keberhasilan organisasi. *Continuance commitment* adalah keterikatan individu dengan organisasi karena adanya investasi atau karena adanya untung rugi seperti adanya promosi, dan hubungan kerja. Komitmen perlu ditanamkan pada setiap keanggotaan Dewan pertimbangan kesehatan provinsi Bali khususnya pada *leading sector*. Peran *leading sector* amat berarti sebagai upaya memberikan suri tauladan.

Kegiatan Dewan pertimbangan kesehatan provinsi atas dasar *logical frame work*, ini yang menyebabkan tupoksi yang sudah terjabarkan belum tersosialisasi pada anggota terutama LSM. Beberapa kegiatan dari Tim kajian teknis kurang terkoordinir, rekomendasi pada proposal yang diajukan telah dilakukan dengan topik permasalahan dalam mengatasi demam berdarah dengue. Hal ini menunjukkan masih lemahnya fungsi *to watch* dan *to serve* kelembagaan JHC.

Dewan pertimbangan kesehatan provinsi belum memberikan gaung yang berarti, program belum ada, rencana kegiatan belum jelas, target apalagi, untuk itu perlu belajar banyak dari pengalaman Forum komunikasi Bali sehat yang telah 5 tahun berjalan dan cukup sukses. Khususnya *leading sector* agar dapat menggerakkan anggotanya dalam mengkoordinasikan dan memfasilitasi pertemuan secara berkala dengan fungsi yang harus dijabarkan secara doktrin.

Jika kita simak uraian di atas tampak bahwa masih lambannya kegiatan yang telah dilakukan Dewan kerja sama kesehatan provinsi jabar selama ini, belum terpenuhinya semua tupoksi yang telah dijabarkan dalam SK pembentukan. Kegiatan masih sebatas menginventarisasi isu masalah kesehatan lintas batas kabupaten/kota, belum pada penyelesaian isu masalah kesehatan lintas kabupaten/kota. Keterlibatan masyarakat melalui wadah LSM, organisasi profesi, swasta dalam mobilisasi pendanaan kegiatan mempunyai peran yang cukup berarti khususnya dalam membantu permasalahan kesehatan di provinsi jabar. Diperlukan sinergisme yang berkesinambungan pada semua lintas sektor dalam kegiatan dewan kerja sama kesehatan provinsi jabar. Ini sebagai upaya inisiasi awal pemberdayaan masyarakat dalam pembangunan kesehatan di wilayahnya (Ninie Lely P dkk, 2006). Upaya lebih transparansi dalam semua

kegiatan dan pelaksanaan program pembangunan kesehatan sebaiknya juga melibatkan peran serta masyarakat sebagai upaya monitoring dan evaluasi, di samping dalam memperoleh masukan guna lebih berpihak pada rakyat pada semua program kesehatan yang betul-betul dibutuhkan masyarakat.

JHC dari Sumber pembiayaan PHPI dan PHPII (Provinsi Jawa Barat dan Lampung)

Menurut hasil pendapat *Focus Group Discussion* (FGD) peran JHC provinsi jabar telah cukup banyak dilakukan, tidak hanya menentukan pagu anggaran, tetapi memberikan materi tentang berbagai isu yang berkaitan dengan pembiayaan kesehatan dan desentralisasi. Kegiatan JHC provinsi Jabar dalam memberikan *review* beberapa usulan pembiayaan pemprof serta beberapa kegiatan pendampingan kabupaten/kota dalam membuat proposal DFA. Upaya advokasi ke legislatif supaya meminjami dana untuk kegiatan JHC. Pendapat ini senada dari hasil wawancara mendalam pada anggota JHC bahwa 83,3% anggota JHC telah melakukan kegiatan rapat, sosialisasi dan advokasi baru dilakukan 33,3% anggota JHC provinsi jabar. Realisasi dari kinerja JHC provinsi jabar selama tiga bulan penelitian 1–2 kali rapat dikatakan oleh 50% anggota.

Peran JHC Jabar dalam Masalah Lintas Batas Kabupaten pada pelaksanaan PIN ke-2 untuk antisipasi terjadi kegagalan. Diadakannya pertemuan antara Dinkes (bidang program), organisasi profesi, RS Hasan Sadikin, dan ahli vaksin dari Biofarma, dan beberapa tokoh yang mengalami langsung dari kabupaten/kota. Melalui mekanisme JHC, dapat disepakati bersama bagaimana caranya membantu daerah mengatasi masalah kesehatan yang dihadapinya, terutama masalah kesehatan yang bersifat lintas batas daerah. Lembaga ini dituntut untuk menjadi katalis yang mampu menyerap aspirasi daerah dan juga mengakomodir kebijaksanaan nasional dan provinsi.

Provinsi Lampung salah satu dari Provinsi yang mendapat bantuan Proyek Kesehatan Provinsi I (*Provincial Health Project (PHPI)*) sebagai upaya untuk mendukung terlaksananya desentralisasi, reformasi pembangunan dan peningkatan pelayanan kesehatan, terutama bagi penduduk miskin dengan titik berat pada peningkatan kemampuan daerah dalam penyelenggaraan pelayanan kesehatan (Depkes RI, 2003).

Berdasarkan gambaran hasil *Quarterly Report I* Januari-Maret 2005 dapat disimpulkan bahwa sejak dilaksanakannya Project PHPI tentang restrukturisasi organisasi di Dinas Kesehatan Provinsi Lampung telah mengalami beberapa kali perubahan dan khususnya perubahan restrukturisasi organisasi yang berkaitan dengan pelaksanaan *Project PHPI*. Hal ini kemungkinan besar didasarkan pada kebutuhan-kebutuhan penting yang diharapkan tercapai dalam jangka waktu berjalannya proyek dan juga kemungkinan didasarkan pada efisiensi tenaga yang terlibat dalam organisasi tersebut.

Berdasarkan dari informasi yang dikumpulkan kepada anggota MKP dengan angket, sebagian besar anggota MKP terutama yang berasal dari kabupaten hampir semuanya mengatakan belum tahu tugas seperti tercantum dalam SK tersebut, yang harus mereka kerjakan terutama sebagai anggota MKP di Kabupaten. Hal ini mereka keluhkan sebagai anggota MKP provinsi di kabupaten/kota, mereka tidak terlibat pada kegiatan yang dikerjakan oleh Majelis Kesehatan Kabupaten/Kota (MKK), misalnya dalam rapat-rapat MKK. Hal ini juga mereka ungkapkan dalam pertemuan MKP pada Bulan September 2005. Mereka beranggapan bahwa bilamana anggota MKP Provinsi yang berada di kabupaten/kota dilibatkan di dalam pertemuan-pertemuan MKK, maka sekaligus dapat berfungsi sebagai pengawasan dan sebagai fasilitator.

Sesuai dengan pernyataan tersebut, dari hasil angket yang dapat dikumpulkan bahwa hanya sebagian kecil yang mengetahui tupoksinya yaitu sekitar 30% anggota dapat mengetahui apa yang seharusnya mereka lakukan yaitu: menerima masukan dari berbagai pihak tentang masalah kesehatan, memberi rekomendasi kepada gubernur, mengkaji usulan proposal dari MKK dan melakukan kerja sama lintas sektor.

Selanjutnya dari peran yang sudah dikerjakan sampai tahun 2005, sebagian kecil yaitu sekitar 38% menyatakan mereka mengkaji proposal-proposal yang berasal dari MKK dan memberi masukan pada pengurus MKP untuk perbaikan kerja samanya dalam memecahkan permasalahan kesehatan di daerah-daerah kabupaten/kota.

Hasil kesimpulan ini sejalan dengan hasil *interim report*, bahwa MKP lebih banyak memberikan rekomendasi perbaikan proposal yang diajukan dari MKK daripada memberikan rekomendasi kebijakan

kepada gubernur. Untuk itu keberadaan JHC, sebagai upaya pemberdayaan masyarakat dalam pembangunan kesehatan perlu peningkatan upaya promosi (Notoatmojo, S, 2007), dan advokasi tentang beberapa kegiatan yang telah dihasilkan JHC pada pihak eksekutif, legislative sehingga dana untuk pembangunan kesehatan paling tidak mendekati 15% dari APBN.

SIMPULAN DAN REKOMENDASI

1. Perlu penjabaran dan sosialisasi tentang tugas pokok dan fungsi JHC (Dewan Kerja sama Kesehatan Provinsi Jabar; Dewan Pertimbangan Provinsi Bali dan Majelis Kesehatan Provinsi/ MKK Lampung) pada semua anggota. Sehingga diharapkan semua anggota bisa memahami fungsi keberadaan anggota dalam kegiatan JHC. Mengingat bahwa baik *resources*, struktur organisasi, kapasitas telah mencukupi, oleh karenanya perlu komitmen pada semua anggota untuk melakukan aktivitas sesuai kedudukan dalam struktur organisasi yang telah disepakati. Perlu membenahi struktur organisasi yang beranggotakan tidak semua dari kalangan birokrasi, mengingat lebih banyak frekuensi ketidakhadiran disebabkan kesibukan, mutasi jabatan, sehingga perlu dipertimbangkan sisi kepakaran bukan jabatan dari setiap keanggotaan JHC. Dengan demikian JHC dapat mengoptimalkan fungsinya sebagai *to serve, to Watch* dapat terlaksana dengan baik karena keanggotaan JHC sebagai wadah inspirasi dari masyarakat sebagai wacana upaya pemberdayaan masyarakat dalam pembangunan sektor kesehatan.

Untuk istilah JHC, sebaiknya memakai istilah yang sudah dikenal oleh masyarakat sehingga keberadaannya dapat dipantau atau dievaluasi. Dan sebaiknya penekanan lebih ke arah penambahan fungsi dan kapasitas saja tidak perlu ganti nama atau pun jika terpaksa ganti nama, pakai istilah yang mudah diingat.

2. Peran, kinerja JHC rerata masih kurang memadai, belum sesuai fungsi yang telah dijabarkan dalam SK yang ditandatangani oleh Gubernur dan Bupati. Perlu komitmen yang tinggi pada *leading sector* di samping pembenahan sistem managerial, untuk dapat menciptakan budaya kerja JHC yang baik, ini tentunya tidak mudah perlu *transparansi baik*

pendanaan, program yang memihak pada rakyat dan perlu integritas yang tinggi sesuai harapan kita bersama. Perlu peningkatan upaya promosi, dan advokasi kegiatan yang telah dihasilkan JHC pada pihak eksekutif, *legislative* sehingga dana untuk pembangunan kesehatan paling tidak mendekati 15% dari APBN.

3. Kendala yang dihadapi Dana yang terbatas, dan komitmen anggota yang belum kuat. Komitmen anggota belum tinggi, terutama masalah kehadiran saat pertemuan sehingga belum dilakukan pembahasan ke arah sana. Rapat dalam setahun dilakukan rata-rata 2 kali, dengan kedatangan anggota sekitar 30–40% saja. Selalu ada wajah baru pada setiap kali rapat, sehingga pada pembahasan agenda rapat terkadang tidak nyambung, komitmen individu tidak optimal. Selain itu Pemda di tingkat kabupaten belum banyak yang tahu tentang fungsi JHC. Juga karena belum ada kesekretariatan yang tetap, sulit sekali untuk bagi anggota untuk saling bertemu. Untuk mengatasi masalah wajah baru, ada baiknya setiap wakil instansi ada pengkaderan, agar jika ada pertemuan tetap nyambung.
4. Untuk mengoptimalkan peran dan fungsi serta mencapai tingkat upaya sinergis, yaitu melalui mobilisasi JHC dengan pementapan kelembagaan baik melalui unsur individu, organisasi, sarana dan prasarana. Selain pertemuan-pertemuan formal, ke depan sekretariat juga akan merancang pertemuan-pertemuan informal karena pertemuan formal ternyata agak mengalami kesulitan.

Ke depan JHC merupakan suatu badan yang independen, yang memberikan masukan kepada pemda (gubernur dan aparatnya) mengenai masalah kesehatan serta jalan keluar yang harus dilakukan.

DAFTAR PUSTAKA

- Indonesia Departemen Kesehatan, 2003. *Kiat-Kiat Advokasi Kesehatan*, Jakarta.
- Indonesia Departemen Kesehatan, 2003. *Buku Pedoman Pelaksanaan Desentralisasi, Dekonsentrasi dan Pembantuan Bidang Kesehatan*, Jakarta.
- Interim Report, 2003: *Review and Inventory of DHC and Advocacy Activity*, Jakarta.
- Indonesia Departemen Kesehatan, 2005: *PHP II, Provinsi Health Project*, Jakarta.
- Kartono Kartini, 1996. *Psikologi Umum*, Jakarta: Mandar Maju, hal. 159.
- Pratiwi NL, 2006. *Komite Kesehatan Provinsi/JHC Upaya pemberdayaan Masyarakat dalam Pembangunan Kesehatan*. Surabaya: Puslitbang Sistem dan Kebijakan Kesehatan.
- Notoatmodjo Soekidjo, 2007. *Partisipasi Masyarakat dalam program Kesehatan*, Promosi kesehatan dan ilmu perilaku, Jakarta: Rineka Cipta, p. 122–129.
- Notoatmodjo Soekidjo, 2007. *Pemberdayaan Masyarakat di Bidang Kesehatan*, Promosi kesehatan dan ilmu perilaku, Jakarta: Rineka Cipta, p. 107–120.
- Notoatmodjo Soekidjo, 2007. *Advokasi dalam Promosi Kesehatan*, Promosi kesehatan dan ilmu perilaku, Jakarta: Rineka Cipta, p. 82–95.
- Wasisto Broto, Sihombing Gottlieb, Kosen Soewarta, 2003. *Synopsis of Fasilitator report, Mid Term review (MTR) Analysis of DHS-1 Decentralised, Health Services Project*.